

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1954

859

T H E S E

Pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

Jan-Jack WULDART

Née le 2 Avril 1918 à Bruxelles (Belgique)

Présentée et soutenue publiquement le

CONSIDERATIONS SUR QUELQUES SYNDROMES
CARDIOPATHIQUES ACCESSIBLES A L'HOMÉOPATHIE
ET A L'ACUPONCTURE CHINOISE.

1954

Président: Monsieur le Professeur M. MOUQUIN .

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1954

N°

THESE

Pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

Jan-Jack WUIDART

Née le 2 Avril 1918 à Bruxelles (Belgique)

Présentée et soutenue publiquement le

CONSIDERATIONS SUR QUELQUES SYNDROMES
CARDIOPATHIQUES ACCESSIBLES A L'HOMOEOPATHIE
ET A L'ACUPONCTURE CHINOISE.

Président: Monsieur le Professeur M. MOUQUIN .



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DEUBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMPREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
membre de l'Institut

ASSEESSEUR..... Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique.....	DEIARUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports.....	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN (R.)
Carcinologie.....	OBERLING (C.)
Chimie médicale.....	POLONOVSKI (M.)
(Hôtel Dieu.....	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales (Broussais.....	de GAUDART d'ALLAINE
(Salpêtrière.....	MONDOR (H.)
(Cochin.....	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice ou or- thopédique.....	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'or- thopédie.....	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire..	MONOD (R.)
Clinique de Tuberculose.....	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie.....	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture.....	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques.....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang.....	CHEVELLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux.	ATAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLIARET (P.)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)
Cliniques du diabète sucré et des maladies de la nutrition.....	BOULIN (R.)
Clinique gynécologique.....	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques médicales { Hôtel Dieu.....	BENARD (H.)
{ Bichat.....	LAROCHE (G.)
{ Cochin.....	MOREAU (R.)
{ Broussais	de GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....	Justin-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR-VALERY-RADOT
{ Tarnier.....	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales { Baudelocque.....	LEVY-SOLAL (E.)
{ Port-Royal.....	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique.....	VELTER (E.)
Clinique Oto-rhino.laryngologique.....	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel).	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile.....	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale.....	COSTE (F.)
Clinique stomatologique.....	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeuthique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique.....	FEY (B.)
Embryologie.....	GIROUX (A.)
Génétique.....	IAMY (M.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	MOUQUIN (M.)
Histologie.....	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la 1ère enfance....	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (C.)
Médecine du travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	GALLIARD (H.)

Histologie.....	{BULLIARD (H.) {COUJARD (R.) {N.....		{KOURISKY (R.) {LAMOTTE (M.) {LAROCHE (C.) {MILLIEZ (P.)
Hydrologie.....	{DEBRAY (C.)	Pathologie médicale	{FEQUINOT (H.) {PERRAULT (M.) {RAMBERT (P.) {THIEFFRY (St.) {TURIAT (J.)
Hygiène.....	{BOYER (J.) {DEPARIS (M.)		
Médecine légale et du travail	{DERSBERT (L.) {CAULTIER (M.) {HADENGUE (A.)	Neurochirurgie.....	{DAVID (M.)
		Neurologie..	{SEZE (S.de)
	{GRASSET (J.) {LEPAGE (F.) {MAYER (M.)	Pédiatrie....	{JOSEPH (R.) {LAPLANE (R.) {MARIE (J.)
Obstétrique....	{MERGER (M.) {MORIN (P.) {RAVINA (J.) {VARANGOT (J.)	Pharmacologie	{LEVY (Melle J.) Prs s. ch. {CHEYMOL (J.H.)
Ophtalmologie...	{OFFRET (G.) {DESVIGNES (P.)	Physiologie..	{BARGETON (D.) {PARROT (J.L.)
Orthopédie.....	{JUDET (R.)	Physique médicale.....	{DJOURNO (A.) {GOUGEROT (L.)
Oto-rhino- Laryngologie....	{HALPHEN (E.) {AUBRY (M.) {MADURO (R.)	Pneumo- phtisiologie.	{KREIS (B.)
		Psychiatrie..	{BARUK (H.)
Parasitologie...	{BRUMPT (L.) {CHABAUD (A.)	Psychiatrie infantile....	{MICHAUX (L.)
Pathologie chirurgicale....	{ABOULKER (P.) {BAUMANN (J.) {GOSSET (J.)	Stomatologie.	{CERNEA (P.) {CHAPUT (Mme A.)
		Thérapeutique	{PERRAULT Urologie {KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPEL A L'EXERCICE
pour le service des Examens

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELLIER (J.)
(Clinique chirurgicale), LE LORIER (V.) (Obstétrique),
VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.	MM.
Clinique chirurgicale. (AMELINE (A.) (MENEGAUX (G.) (MATEL (J.) (SICARD (A.))	Clinique médicale..... (HAGUENAU (M.) (MARCHAL (G.) (SOULIE (E.))
Clinique médicale..... (BROUET (G.) (CACHERA (R.) (GARCIN (J.))	Clinique urologique..... (COUVELAIRE Clinique obstétricale... (DIGONNET (L.) (ECALLE (G.))
Clinique ophtalmologique.....	(RENARD (G.))

MM.

Secrétaire général de la Faculté..... MOREL (J.)
Secrétaire..... Melle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction..... Docteur HAHN (A.)
Conservateur..... Melle GOICHON

Bibliothécaires..... { Melles DUMAITRE (P.)
LE NOIR (G.)
METIN (F.)
QUILEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disser-
tations qui lui seront présentées, doivent être considérées
comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

A M A M A N

A P A P A

A MON CHER PATRON MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES LAUBRY

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine
Membre de l'Institut
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie des Sciences
Grand Officier de la Légion d'Honneur.

En hommage très affectueux
d'une admiration infinie
d'une reconnaissance indéfectible
d'un attachement profond.

A MA CHERE MADAME CHARLES LAUBRY

A PAULE MARCAND

A PAUL WUIDART, sa femme, ses enfants.

EN HOMMAGE POSTHUME A MES GRANDS PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. MOUQUIN

Professeur de l'Histoire de la Médecine

Médecin de l'hôpital la Pitié.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous faire
le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Nous le prions de trouver ici
l'hommage de notre respectueuse
gratitude.

A MON CHER MAITRE EN ACUPONCTURE CHINOISE
MONSIEUR GEORGES SOULIE DE MORANT

Médecin en Chine
Décoré du Globule de Corail donnant rang d'Académicien
Consul général honoraire.
Officier de la Légion d'Honneur.

Qu'il trouve ici l'hommage
affectueux de notre grande
reconnaissance pour tout ce
qu'il nous a révélé et fait
comprendre.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. JOANNON
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

AU DOCTEUR M. MARAIS

A MADEMOISELLE A. COSTE

AU DOCTEUR FRANCIS GUILLEDROIT

AU DOCTEUR ALICE WILLM

A MES AMIS

En hommage posthume

AU DOCTEUR PAUL CHIRON

A JEAN VUILLERMOZ

I N T R O D U C T I O N

"Ne protestons jamais contre des souffrances qui nous paraissent sans fondement - Parlons d'interprétations erronées, mais accordons les plutôt au médecin qu'au malade. Sachons humilier notre superbe devant ce mystère des réactions morbides".

Professeur Charles LAUBRY.

"L'homme sans amour est impuissant à comprendre".

Professeur RICHET.

Génés par l'évidence de contextes cliniques qui forçaient obligatoirement à poser des diagnostics de cardiopathies plus ou moins sérieuses; diagnostics qui, par la suite se révélaient très discutables, voire erronés; embarrassés par l'absence fréquente d'étiologie de ces cardiopathies; déconcertés par l'inefficacité inattendue de la thérapeutique classique de ces syndromes; syndromes qui disparurent d'une façon surprenante sous l'action de thérapeutiques moins utilisées et ainsi troublés par l'allure très favorable que prenaient de ce fait, des

pronostics souvent empreints de gravité, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'exposer quelques uns de ces cas.

Nous nous limiterons à présenter des cas d'angine de poitrine et un cas d'infarctus du myocarde.

Nous rappellerons tout d'abord dans leurs grandes lignes les signes fonctionnels, physiques et généraux tels qu'ils ont été décrits par nos Maîtres; signes qui nous permettent de poser les diagnostics de ces cardiopathies avec certitude et de dire par exemple : là il s'agit d'un angor pectoris, ici d'un infarctus du myocarde.

Nous passerons à l'étude de leurs étiologies, des éléments du pronostic enfin à celle des thérapeutiques classiques et de leurs résultats.

Ensuite, abordant l'étude de thérapeutiques curatrice de cas, rebelles aux méthodes classiques, nous passerons à l'examen de quelques uns de ces cas apparemment conformes au diagnostic, mais résistants aux thérapeutiques habituelles et au pronostic.

Enfin, nous nous poserons la question de savoir si dans certains cas, en touchant la cause profonde d'une cardiopathie confirmée nous l'avons guérie, ou s'il se peut qu'une association de symptômes identiques à ceux d'une cardiopathie en revêtent faussement l'allure, ce qui confirmerait alors l'existence de cardiopathies apparentes.

CHAPITRE I

L'ANGINE de POITRINE

Pour décrire l'angine de poitrine, nous essayerons de résumer la description magistrale, précise, vivante qu'en a faite notre Cher et Vénéré Maître, M. le Professeur Charles LAUBRY.

"Je me suis convaincu que toute conception exclusive et étroite de l'angine de poitrine était arbitraire et indéfendable, qu'elle procédait de l'antique tendance qui veut à tout prix substituer une maladie à un symptôme, et par là même expose à des controverses vaines".

"Le terme est éminemment suggestif et compréhensif, puisqu'il implique non seulement l'élément douleur, mais surtout, surajouté à lui, le colorant et l'amplifiant, l'angoisse thoracique faite, d'une impression psychique anxieuse et d'une sensation physique de constriction".

"La plupart des causes occasionnelles de l'angine témoignent d'une inadaptation du coeur, non pas à une tâche excessive, mais à ses fonctions coutumières".

L'EFFORT

Tantôt l'effort est modéré "La douleur surgit" à la marche, en pratiquant des sports (golf, tennis, chasse), au cours du travail familial d'un ouvrier (raboter ou limer) - Cet effort modéré peut être aussi électif, ainsi tel malade pourra monter les escaliers sans gêne alors que le soulèvement d'un fardeau le rappellera à l'ordre.

Tantôt l'effort est minime " Les actes élémentaires de la vie extérieure; celui de se vêtir, de se mettre au lit, de se lever, de parler même, ne s'accomplissent pas sans douleur".

Tantôt c'est le travail organique qui est fautif chez la femme on notera : "L'exacerbation des douleurs dans la période précédant les règles" son apparition durant une

grossesse au moment du travail.

"Chez l'homme on relève l'influence du coït; les efforts de miction, chez un prostatique ou un rétréci".

Dans l'un comme dans l'autre sexe, : "les efforts de défécation chez un constipé".

Enfin dans la sphère digestive on observe le rôle d'abus alimentaire, de boissons glacées, celui de la dyspepsie chez un malade sobre.

Tantôt l'influence déclanchante revient aux efforts intellectuels aux émotions.

"La vie intellectuelle et la vie affective ne sont qu'une série d'efforts en puissance; la fatigue qu'elles provoquent pour n'être pas fonction d'une activité musculaire apparente et grossière, n'en est pas moins réelle".

"L'ouvrier de la pensée paie son tribut à l'angine de poitrine comme le manoeuvre".

Il en est de même des émotions.

"depuis celles qui bouleversent violemment l'âme humaine et sont capables de déchaîner à elles seules toutes les maladies, jusqu'aux émotions banales et courantes, subies longtemps sans effort fâcheux et devenues nocives à leur tour".

Tantôt la douleur paraît surgir sans effort

Cette absence n'est qu'apparente.

En effet dans l'angine de décubitus décrite par le Professeur VAQUEZ, "on désigne du nom de repos ce qui n'en n'est que l'apparence et ce qui n'est que l'occasion d'une fatigue d'essence particulière - Songez non seulement à l'influence possible d'un coït, mais aussi à celle des rêves des cauchemars, des troubles de la digestion, de toute une activité plus ou moins consciente qui survit au sommeil; songez surtout à la gêne circulatoire générale qu'entraîne la position couchée, au surcroît de travail du coeur".

LA DOULEUR ANGINEUSE

Fixe, constrictive, siégeant électivement à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du sternum, elle est

d'intensité "profonde et sévère" c'est une étreinte, une griffe, un étai".

Ephémère, elle disparaît souvent avec l'effort qui l'a produite, sans trace ou laissant le malade endolori.

Nulle de toute dyspnée, elle est accompagnée d'un caractère angoissant très pénible.

"La douleur conserve rarement dans sa pureté, ce caractère de fixité et de localisation exclusive, tôt ou tard apparaissent les irradiations classiques".

LES IRRADIATIONS SENSITIVES

Le plus souvent elles gagnent le membre supérieur gauche "S'y généralisent ou se cantonnent à l'épaule, au pli du coude, aux deux derniers doigts de la main".

Dans d'autres cas les deux membres supérieurs sont atteints symétriquement.

Ailleurs, quittant le plexus brachial, la douleur envahit le plexus cervical, gagne alors le cou, la nuque, le menton, la face, l'oreille".

Poursuivant sa marche elle peut atteindre "les nerfs intercostaux, diaphragmatiques d'où névralgies et hyperesthésie des espaces intercostaux et des apophyses épineuses" elle peut même exceptionnellement s'étendre aux lombes, au sacrum, aux membres inférieurs.

"LES IRRADIATIONS MOTRICES"

"Le bras gauche peut devenir lourd, fatigué, en proie à une parésie qui le maintient inhabile" "le poignet semble serré par un bracelet" "la nuque est raide" l'articulation temporo-maxillaire est ankylosée par une sorte de trismus.

"IRRADIATIONS SYMPATHIQUES"

A côté des douleurs on peut observer des sensations de chatouillement, de fourmillement, d'engourdissement et même des cedèmes des membres inférieurs et des extrémités. Egalement des nausées des sensations de plénitude stomacale, de constriction œsophagienne, de ballonnement abdominal.

"Dès maintenant, cet accès, vous avez le loisir de le construire, vous en possédez tous les éléments. Imaginez-les

dans leurs combinaisons variées. Représentez-vous les irradiations estompées existant à l'état isolé, et ayant même valeur que si elles étaient franches et si elles coexistaient avec la douleur rétro-sternale; voyez-les, comme celles-ci, constituer de simples mais significatifs avertissements; faites varier l'intensité de tous ces signes qu'ils atteignent leur acmé dans une éclosion soudaine et précipitée. Qu'il s'y joigne l'angoisse, de cet affolement invincible de la conscience perturbée par des phénomènes redoutables, cette inquiétude des premières douleurs, démesurément amplifiée, et vous aurez l'accès angineux dont la description remassée et synthétique vous sera maintenant familière".

L'EXAMEN CLINIQUE

Dans l'angine dite d'effort "l'examen physique du malade est décevant. Il reste négatif. Le coeur reste impassible. L'auscultation en dehors des lésions préexistantes ne révèle ni faiblesse, ni trouble du rythme. La pression artérielle reste normale.

Dans l'angine dite de décubitus, les bruits du coeur sont assourdis, entrecoupés d'extrasystoles. Le pouls est petit, rapide - un signe fonctionnel important ici est l'oppression progressive qui fait place à la douleur".

L'ELECTROCARDIOGRAMME

L'électrocardiogramme donne dans la majorité des cas des déformations : apparition d'une onde rapide de grande amplitude, en 3^e dérivation; modification du segment intermédiaire ST décalé au-dessus ou au-dessous de la ligne isoélectrique, soit dans une, deux ou trois dérivations. Ces modifications sont en général éphémères. Si elles persistent, c'est que l'ischémie du myocarde persiste également.

L'électrocardiogramme dans l'angor ne présente aucun caractère d'infailibilité pour le diagnostic.

Les déformations citées peuvent, en effet, exister alors qu'il n'y a pas la moindre insuffisance coronarienne.

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

"Pour ma part, je n'hésite pas; dès qu'il y a constriction vraie avec irradiation, je prononce le mot d'angine et je laisse la discussion s'engager sur le terrain étiologique. A elle de décider la part primitive ou secondaire" d'une autre cause organique que le coeur.

Ceci posé il faudra penser à différencier l'angor des algies, du rhumatisme des muscles intercostaux (rare) des névralgies intercostales ou brachiales.

LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

"Pour conduire méthodiquement votre diagnostic étiologique il faudra parcourir lentement et minutieusement trois champs d'exploration : aortique, cardiaque et médiastinal.

Si vos recherches sont vaines, vous en aurez un quatrième, mais vous ne l'aborderez qu'à regret, car il est semé de déception et d'incertitudes; c'est le champ des angines nerveuses ou fonctionnelles".

Nous n'insisterons pas sur l'évolution plus ou moins favorable de l'angine de poitrine, nous attardant davantage à la partie thérapeutique.

I/ LE TRAITEMENT DE LA CRISE

Elle est spécifiquement soulagée par l'inhalation d'une ampoule de Nitrite d'Amyle ou l'absorption de dragées de Trinitrine.

Dans les formes survenant au cours du décubitus il faut ajouter une injection IV d'ouabaine.

On peut prescrire l'application d'une vessie de glace (ou de compresses humides très chaudes, sur la région précordiale).

Dans les heures qui suivent la crise afin de maintenir la vaso-dilatation et la sédation nerveuse obtenue on peut prescrire la potion de Vaquez à raison de une cuillère à café trois à quatre fois par jour.

Si la crise résiste à la médication précédente on

fait une injection I.V. de novocaïne à 1 %.

En cas d'échec on pratique l'infiltration du ganglion stellaire à gauche et même à droite, accompagné de celles des 2° et 3° ganglions thoraciques.

Si on n'a toujours pas de résultats on pratique l'infiltration du plexus aortique d'après la technique d'Arnulf.

Actuellement certains auteurs font appel à l'emploi de l'héparine discontinue.

2/ LE TRAITEMENT DU SYNDROME ANGOR

On conseille au malade une hygiène de vie morale et physique (Eviter les soucis, les émotions, les efforts déclanchant la crise); une alimentation ni trop forte, ni trop copieuse; la suppression du tabac, de l'alcool, du café. Enfin on institue un traitement vaso-dilatateur coronarien et antispasmodique à base d'Inophylline ou d'aminophylline et de papavérine.

3/ LE TRAITEMENT DE LA CAUSE

a) l'Aortite est en cause

Si la syphilis est à son origine on institue un traitement spécifique en prenant des précautions si le sujet n'est plus jeune.

Si l'athérome est en cause on prescrit des médications à base d'iode, avec suppression dans l'alimentation de tous les mets riches en cholestérol.

b) l'Insuffisance du Myocarde est en cause

Qu'elle soit primitive ou secondaire on soutiendra le coeur avec la digitaline, l'ouabaïne ou avec des tonicardiaques plus légers. Selon l'étiologie on ajoutera des médications anti infectieuses ou antibiotiques ou des médications salicylées.

c) Enfin si la cause est névropathique

On fera surtout appel aux sédatifs nerveux : soit Belladéal, Gardéal, ou spasmosédine soit enfin à la préparation

extrait craetagus)
 extrait lobélie)
 extrait passiflore) à 0,03
 extrait valériane)
 excipient q.s.p. I pilule N° 16

à raison de 3 par jour.

Enfin si on ne trouve pas de cause, on essaiera d'améliorer la nutrition du myocarde soit par du calcium, du glucose ou de l'insuline, soit par des complexes vitaminés B ou de la vitamine E (200 mgr par jour) soit par des hormones ou de l'opothérapie circulatoires.

En général on alterne dans ces cas ambigus les différents traitements.

Dans l'ensemble, si le malade observe les précautions qui lui sont recommandées et s'il suit son traitement, il voit son état s'améliorer d'une façon notable. Le seul inconvénient est que le traitement ne touche que le symptôme et n'atteint pas la cause.

L'INFARCTUS DU MYOCARDE

"L'infarctus du myocarde est au coeur ce que le ramollissement cérébral est au cerveau". (Dr. RAMOND).

Il existe de nombreuses formes cliniques de l'Infarctus du myocarde, nous ne décrirons que la forme typique la seule dont le diagnostic soit cliniquement possible. C'est-à-dire la forme angineuse de M. le Professeur Donzelot.

Le début est soit brutal, soit précédé de quelques prodromes (dyspnée, d'effort, crises d'angor, palpitations).

A la période d'état, on observe d'après M. le Professeur Donzelot des signes essentiels et des signes accessoires.

I/ LES SIGNES CLINIQUES ESSENTIELS :

a) La douleur angineuse

Elle est initiale, atroce, caractérisée par une rare intensité, une durée prolongée, une diffusion très importante et atypique de ses irradiations sensitives.

Il s'agit d'une douleur "torturante" (Wearn) " littéralement insupportable " (Donzelot) : " Sensation de vis enfoncée dans le coeur et serrée graduellement". Certain malade la compare à "un gros bâton introduit de force derrière le sternum dans le thorax dont il comprime le contenu".

"Elle survient par crises douloureuses qui se greffent sur un fond de douleur permanente créant un véritable état de mal angineux (Dr. Ramond).

Comme dans l'angine de Poitrine elle s'accompagne d'une sensation angoissante de mort imminente.

Elle peut se prolonger des heures, des jours parfois des semaines avec des alternatives d'accalmies et de paroxysmes.

b) Les irradiations sont plus anarchiques que

18
dans l'angor, elles suivent des trajets moins typiques et plus vastes (dos, deux épaules, deux bras, deux coudes, épigastre, hypocondre gauche (Weissenbach attache une grande importance à cette diffusion massive pour le diagnostic).

c) La chute de la tension artérielle se produit fréquemment d'emblée ou apparaît quelques heures après. Elle est généralement considérable et touche à la fois la maxima et la minima. Toutefois, la chute de la maxima étant souvent plus notable, il s'en suit un écrasement de la différentielle.

Dans l'Infarctus on observe souvent des tensions qui antérieurement à 23 x 11 tombent à 12 x 7 par exemple.

Ce caractère de la chute de la tension est primordial pour distinguer l'Infarctus de la crise d'angor davantage encore de l'état de mal angineux ou la tension reste stationnaire selon M.le Professeur LAUBRY (elle augmenterait légèrement pour certains auteurs).

d) La fièvre est rarement absente ce qui a fait dénommer l'Infarctus par les professeurs LIAN et PUECH: " l'angor aigu coronarien fébrile ".

Son apparition n'est pas immédiate, elle survient le plus souvent entre la douzième et trente sixième heure. Elle s'éternise tout le long de la maladie et disparaît avec la convalescence, parfois cependant elle peut être éphémère et il faut toujours de ce fait la rechercher avec soin étant donné la valeur diagnostic qu'elle possède. Elle varie entre 37°8 et 38°5, rarement davantage; dans des cas exceptionnels M.le Professeur LAUBRY l'a vu atteindre 40°.

e) Le Frottement péricardique, ajouté aux symptômes cités plus haut, il représente pour M.le Professeur DONZELOT un signe pathognomonique de l'Infarctus de myocarde. Mais c'est un signe qui manque souvent, "il est très discret, très localisé, fugace, n'apparaissant qu'au bout de quelques jours."

Pour M.le Professeur BOUCOMONT il n'en demeure

pas moins le "signe témoin" qui permet d'affirmer le diagnostic lorsque les autres symptômes le rendait probable;

2/ Les signes cliniques accessoires.

Ils consistent en troubles nerveux et gastro-intestinaux, avec possibilité d'associations de troubles cardiaques et pulmonaires.

Les troubles nerveux sont caractérisés par un état de shock.

Le plus souvent le malade est figé, immobile ayant peur d'accroître sa douleur par le mouvement, plus rarement il est agité, changeant sans cesse de position.

Le visage est pâle, livide, cendré, exprimant une angoisse profonde.

Les troubles gastro-intestinaux peuvent être très intense ou inexistant, ils se traduisent par des vomissements alimentaires, puis bilieux ou par des nausées augmentées au moindre mouvement.

Ces deux signes ajoutés aux précédents ne font que renforcer le diagnostic d'Infarctus du myocarde.

Les troubles cardiaques se manifestent à l'auscultation soit par un assourdissement des bruits, soit par une tachycardie régulière à 110-130 pulsations, soit un bruit de galop, soit une brachycardie.

Les troubles pulmonaires se manifestent par de la dyspnée et de la cyanose. Parfois également on note une toux spasmodique.

Qu'il s'agisse de troubles cardiaques ou pulmonaires, ni l'un ni l'autre ne renforcent le diagnostic d'Infarctus du myocarde.

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Celui de la douleur se fait avec tous les syndrômes angineux (qu'il s'agisse d'un angor organique ou névrosique, ou réflexes à causes digestives), avec les algies cervico-brachiale, cervico-thoracique, etc.. avec le point de côté d'une affection pulmonaire.

Celui du frottement péricardique se fait avec la péricardie aigue.

Celui des formes gastro-intestinales

peuvent diriger vers des diagnostics abdominaux, (coliques hépatiques, néphrétique, empoisonnement, perforation d'ulcère gastrique ou duodénal, cholécystite aiguë, occlusion intestinale.)

Enfin, l'électrocardiogramme vient confirmer le diagnostic.

À la phase initiale la grande onde monophasique en dôme est caractéristique.

Deux à trois mois après l'accident, l'Infarctus est caractérisé par l'onde coronarienne de Pardée.

Dans une troisième phase encore plus lointaine l'électrocardiogramme présente deux aspects divers:

- soit persistance définitive de T inversé en plusieurs dérivations
- soit retour du tracé à l'état normal

Malgré leur intérêt ces modifications à elles seules ne peuvent affirmer le diagnostic d'Infarctus du myocarde, car elles peuvent se voir dans des insuffisances ventriculaires sans infarctus, n'importe quelle altération profonde des fibres cardiaques pouvant les reproduire (Mrs. Professeurs LAUBRY, WALSER, DEGLAUDE).

LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

met en jeu comme cause déterminante une oblitération artérielle due à une thrombose.

La thrombose est le fait le plus fréquent d'une artérite chronique par artériosclérose ou par athérome.

Comme cause prédisposante on retient l'âge du sujet 65 à 75 ans, le sexe masculin- L'hypercholestérolémie la néphrite chronique.

Le pronostic est grave, non fatal; il reste des plus réservé jusqu'au 20^e jour et n'en demeure pas moins si ce cap est passé une sérieuse menace pour l'avenir.

LE TRAITEMENT DE LA CRISE.

L'inefficacité absolue de la trinitrine dans l'Infarctus du myocarde constitue un moyen de diagnostic entre ce dernier et l'angor.

Il faut absolument calmer la douleur et injecter en une fois 0,02 de morphine. Ceci à répéter s'il y a lieu.

Si la douleur résiste à la morphine, il est possible d'obtenir des succès avec l'anesthésie du ganglion étoilé.

Contre le collapsus circulatoire on peut utiliser une association d'éphédrine et de caféine, avec des extraits cortico-surrénaux.

LE TRAITEMENT DU FOYER NECROSE.

Il n'existe pas de traitement curateur.

On est obligé de s'en reporter à un traitement palliatif.

Il faut prescrire avant tout un repos absolu de 4 à 5 semaines au lit. Conseiller quelques légers mouvements allongés des jambes, afin d'éviter une phlébite.

Vers la 4^{ème} semaine, le malade commencera à se déplacer doucement dans le lit, finira par s'y asseoir. Le lever sera très prudent et très progressif. Le temps de la morphine passé on usera de gardénal à dose filée et de papavérine.

Pour l'avenir on conseille au malade beaucoup de ménagements; il devra:

- Mener une vie calme, sans effort dans un climat tempéré.
- Eviter les émotions, les tracasseries
- S'ABSTENIR de tabac, alcool
- S'alimenter raisonnablement sans excès
- Prendre une alimentation hypotoxique en réduisant les mets riches en cholestérol.

Le traitement aux anticoagulants

Il se fait le plus souvent à base de sels de découmarine. C'est un traitement continu qui s'effectue sous une étroite surveillance biologique. Il ne semble pas avoir apporté les résultats escomptés. D'après les dernières conclusions de SIDNEY SCHNUR, de nombreux médecins américains commenceraient à en abandonner l'usage systématique.

C H A P I T R E I I

L'HOMEOPATHIE

"La médecine humaine ne doit pas s'intéresser aux seuls troubles ou lésions corporels, mais à tout ce qui est humain, vie du corps, vie du coeur, vie de l'âme".

HIPPOCRATE

L'Homéopathie repose sur le principe de similitude et l'emploi de doses infinitésimales dynamisées.

HAHNEMANN, créateur de la méthode l'explique en disant

"Qu'un produit quelconque qui, à doses fortes, déclenche un certain nombre de troubles chez l'homme sain, devient à doses faibles le remède capable de guérir les mêmes troubles chez l'homme malade " et nous ajouterons : tout comme il est capable de guérir à doses faibles ce qu'il a déclenché à doses fortes chez l'homme sain.

Prenons un exemple :

Prescrivons à un homme sain des doses physiologiques répétées d'un médicament nommé *Cactus grandiflorus* (plante originaire de la Jamaïque et du Mexique). Celle-ci entraînera chez le sujet des contractions spasmodiques de ses fibres circulaires (avec prédominance au niveau des fibres cardiaques et aortiques) d'où la création artificielle possible de crises d'angine de poitrine. Egalement, le sujet pourra ressentir des sensations de constriction au niveau de n'importe quel organe ou partie de son corps (oesophage, abdomen, rectum, poignet etc).

Ce même médicament donné à un malade atteint de symptômes identiques les fera disparaître s'il est prescrit à doses faibles dynamisées.

Pareillement l'administration après les doses physiologiques de doses faibles dynamisées supprimera les troubles créés.

Prenons un autre exemple :

Celui d'Ignatia (fève de Saint Ignace)

Prescrit à doses physiologiques répétées chez l'homme sain, il créera :

- une hypersensibilité mentale vis-à-vis des émotions entraînant des réactions paradoxales ou contradictoires (saute d'humeurs, pleurs, cinq minutes après joie).

- une hyperesthésie sensorielle.

- des spasmes des muscles lisses provoqués par des facteurs surtout émotionnels et affectifs ceux-ci se traduisant par divers troubles (digestifs, pseudo-appendiculaires hépatiques, cardiaques, oesophagiens). Ici également selon la sensibilité particulière du sujet le médicament peut créer des crises angineuses.

La guérison d'un malade ressentant en totalité ou en partie ces troubles s'effectuera selon la technique citée dans le cas précédent.

Nous venons donc d'ébaucher les deux grandes idées directrices de l'homéopathie et de les étayer par des exemples.

Remarquons que nous faisons appel au principe de similitude d'une manière classique lorsque nous appliquons la sérothérapie, la vaccinothérapie, l'auto-hémothérapie, la protéinothérapie, l'endocrinologie ou la vitaminothérapie.

La similitude est alors posée sur le plan du germe ou sur la substitution d'un élément chimique en quantité insuffisante dans l'organisme, par un autre produit de nature semblable. Comme nous venons de l'entrevoir, l'homéopathie ne pose pas la similitude sur le même plan. Son plan d'étude et d'action est le malade. Pour elle comme le remarque le Dr. BIRCHER "le malade concret et réagissant est plus important que le germe supposé".

Cette remarque essentielle par le développement qu'elle entraîne situe la position de l'homéopathie vis-à-vis du malade et l'importance que vont prendre dans cette méthode :

le diagnostic du malade

le diagnostic du médicament

Enfin le diagnostic de la maladie qui n'est certes pas négligé, mais qui prend une importance nettement moindre que dans les méthodes classiques.

LE DIAGNOSTIC DU MALADE

Avant de faire le diagnostic du malade, faisons celui de l'homme bien portant; nous comprendrons mieux ainsi

I° Ce qu'il est

{ Son terrain constitutionnel particulier; psychique, biologique et physique.
{ Ses imprégnations toxiques, (microbiennes et virales,
{ Ses hérédités - ses modes de (réaction possibles.

II° Ce qu'il tend à devenir (Si nous le voyons au stade d'incubation, de préparation d'une maladie; Ce stade se traduisant par des troubles psychiques et sensoriels).

Traitant le sujet à ce stade nous ferons une médecine préventive et arrêterons l'évolution vers la maladie.

III° Ce qu'il est devenu

Si le sujet en puissance de maladie n'a pas été traité, il entrera dans le stade "maladie" caractérisé non seulement par les troubles "prodromiques" cités plus haut, mais encore par le cortège des signes fonctionnels, physiques et généraux, parfois

même lésionnels qui s'y ajoutent.

IV° - Ce que pourra être son devenir après la maladie

On se rapportera au pronostic basé sur sa constitution, ses possibilités de réactions personnelles.

I- CE QU'IL EST ?

L'assemblage d'un corps et d'une pensée formant un tout unique, inséparable, individuel, complexe, unique; il est seul en son genre. Inséparable, le corps et la pensée s'impliquent réciproquement l'un l'autre et ne peuvent être dissociés. Individuel, aucun autre assemblage ne lui est identiquement pareil. Complexe, le corps est modelé par un terrain particulier constitutionnel, citons à ce sujet M. le professeur RICHET qui met magnifiquement en évidence l'Individualité de la personnalité biologique.

"L'individualité humorale propre à chacun de nous serait la conséquence des multiples sensibilisations qui, dans le cours de l'existence succèdent à toutes les infections ou intoxications, faute d'hygiène ou d'alimentation. Cette individualisation existerait dans chaque goutte de nos plasma, dans chaque cellule de notre corps, y compris les cellules germinatoires et c'est ainsi que nous naissons sensibilisé à une infinité de poisons et même de substances indifférentes pour tout autre individu et que la sensibilisation acquise ne ferait que s'ajouter à une sensibilisation congénitale".

La pensée elle aussi est modelée par un terrain constitutionnel particulier, ce qui crée "l'individualité de la personnalité psychologique" également fonction de toutes les causes citées plus haut par le Professeur RICHET et se rapportant au biologique.

Ce corps, cette pensée essayant de se maintenir en équilibre de santé malgré des agressions endogènes : pensées de regrets, de soucis, d'échecs, de contrainte, senti-

[The page contains extremely faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side. The text is organized into several paragraphs, with some lines appearing as bold or indented. No specific content can be discerned.]

ments perturbateurs (refoulement, haine, envie, jalousie, colère) ; ralentissement ou accélération organiques : insuffisance ou excès sécrétoire. Malgré des agressions exogènes : agents agresseurs affectifs, émotionnels, intellectuels, M. le Professeur LAUBRY insiste sur le fait que les émotions peuvent être " la source de toutes les maladies". Agents agresseurs chimiques, microbiens, viraux, parasitaires, médicamenteux; agents agresseurs multiples, climat, alimentation, hygiène, cosmiques, barométriques, lunaires, hygrométriques, électriques, planétaires et même artistique et musical (un célèbre cardiologue des Etats-Unis n'a-t-il pas constaté par de nombreuses observations que la grande musique était beaucoup plus sédative que le gardénal.

Comme on le voit l'individu bien portant est sans cesse en proie à des agressions perturbatrices capables de démolir son équilibre de santé.

Si son terrain constitutionnel aussi bien biologique que psychologique maintient, par des moyens qui nous échappent, son équilibre en résistant aux agressions diverses, c'est la santé. Si cet équilibre se laisse perturber, l'homme passera alors par les stades d'incubation puis de maladie.

II- CE QU'IL TEND A DEVENIR

Nous avons dit que le sujet naît avec une constitution biologique et psychologique bien individuelles. Il est donc fonction en partie de ses hérédités et en particulier de ses imprégnations.

Quatre imprégnations toxiques et microbiennes jouent un rôle très important ici, car la prescription des nosodes correspondants (c'est-à-dire de l'agent pathogène et de ses toxines) en doses infinitésimales diluées améliore le malade :

Ce sont :

Les imprégnations tuberculiniques, psoriques,

syphilitiques et sycotiques.

Nous laissons la parole au Docteur VOISIN.

LE TUBERCULINISME ET LA PSORE

"Tuberculinisme et spore doivent être considérés ensemble car la psore semble n'être qu'un tuberculinisme héréditaire avec adjonction d'une diathèse arthritique, elle-même réaction de défense antituberculinique transmise par des ascendants.

Le tuberculinisme serait pour le Docteur VOISIN plus une diathèse qu'une infection et une diathèse héréditaire qui arriverait à modifier le tempérament et les tissus après passage à travers toute une lignée.

L'IMPREGNATION SYPHILITIQUE -

Elle est héréditaire (pouvant remonter à six ou sept générations) ou acquise. Certaines infections se développent particulièrement sur ce terrain : (scarlatine et oreillons).

Le diagnostic se fait sur les signes de modelages physique et mental caractéristique de ce terrain particulier nommé le fluorisme.

L'IMPREGNATION SYCOSTIQUE -

Elle est due soit à une imprégnation blennorragique héréditaire ou acquise, aux vaccinations qui n'ont pas pris, à la dysenterie ambienne. Les troubles cèdent aux médicaments de ces imprégnations.

- Thuya
- Medorrhinum (gonocoque dilué)

A côté de ces grandes imprégnations il en existe quantité d'autres. Rappelons que la prescription du nosode leur correspondant fera disparaître les symptômes qu'elles avaient créés. Nous verrons dans les cas observés comment des doses de streptomycine diluées ou de chloroforme ont fait disparaître des crises angineuses.

Il faut encore dire que le tempérament donne à la maladie une allure spéciale (remède du tempérament).

Le sujet peut subir une ou plusieurs de ces imprégnations. Celles-ci influencées par la constitution biologique et psychologique individuelle du sujet conditionneront son tempérament.

"C'est donc ce dernier qui donnera à la maladie son cachet, sa marque, son allure spéciale, qui permettra de trouver le médicament similinum à côté du nosode correspondant à l'imprégnation".

LE DIAGNOSTIC DU MEDICAMENT -

Nous ne pouvons toujours appliquer "le Similinum" qui correspond à l'identique.

Ainsi dans une pneumonie à pneumocoques si nous donnons homéopathiquement un nosode de pneumocoque, il est très probable que nous ne donnerons pas la race de pneumocoque correspondant à celle qui a causé la pneumonie, nous donnerons le semblable. Pour obtenir l'Identique il faudrait arriver à prélever dans les sécrétions du malade le pneumocoque responsable de la maladie et en faire une dilution homéopathique dynamisée (c'est-à-dire un isopathique) là nous obtiendrions le Similinum parfait, mais on conçoit qu'il est difficile à atteindre.

LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE-

Il comportera les mêmes recherches cliniques et biologiques que celles que nous avons l'habitude de pratiquer. Mais en nous attachant à l'observation des signes fonctionnels avec beaucoup plus de minutie, les recherchant dans leur moindre détail et dans leurs modalités.

Il reste à dire un mot sur l'emploi des doses infinitésimales, leur emploi n'est plus à démontrer classiquement :

M. le Professeur RICHET ne peut-il anaphylactiser des cobayes avec des doses excessivement réduites de l'ordre de 0 gr 000.000.001 ? Par ailleurs le même auteur a

montré que des doses extrêmement faibles d'un sel métallique de chlorure de vanadium agissaient sur la fermentation lactique à la dose minuscule de 0 gr 000.000.001 par litre.

L'efficacité donc de ces doses infinitésimales n'est plus à démontrer.

En homéopathie, à côté de la dose infinitésimale il y a l'emploi de la dynamisation qui donnerait aux produits une efficience démultipliée.

Il existe deux techniques de traitements :

a/ L'une pluraliste s'efforce :

1/ de drainer l'organisme (c'est-à-dire) de donner des médicaments similinum susceptibles d'activer le foie, les reins et tous les autres organes d'élimination à qui l'on va demander par la suite, une élimination massive de toxines.

2/ de désintoxiquer, désimprégner le terrain de toxines héréditaires ou acquises.

3/ de prescrire un médicament agissant sur la constitution du malade.

4/ dans certains cas de substituer une substance en insuffisance ou en manque par le remède en dose presque pondérable mais dynamisée.

b/ L'autre technique uniciste affirme que la totalité de ces actions est obtenue par la prescription d'un médicament unique ou correspondant au Similinum parfait.

CHAPITRE III

L'ACUPONCTURE CHINOISE

"Celui qui s'applique à faire une chose est comme celui qui creuse un puits. Si après avoir creusé un puits jusqu'à soixante douze pieds, on ne va pas jusqu'à la Source, on est dans le même cas que si on l'avait abandonné".

CONFUCIUS

Pour exposer ce qu'est l'Acuponcture, nous nous inspirons à l'oeuvre unique et exceptionnelle de notre Cher Maître, M. Georges SOULIE de MORANT.

L'Acuponcture a sa source profonde dans un principe philisophique chinois vieux de cinq mille ans: l'existence de deux formes d'énergie: Iang et Inn, qui se définissent l'une par rapport à l'autre et se transforment continuellement l'une en l'autre.

Le Iang est ce qui est en haut par rapport au bas, qui est Inn. Ce qui est plus chaud, plus sec, plus actif, ^{par rapport au} ~~c'est à dire~~ moins chaud, moins sec, moins actif qui est Inn.

Le Iang, c'est l'énergie dont le Ciel est formé.

Le Inn, c'est ce qui a pris forme et s'est concrétisé pour former la terre.

L'énergie du Ciel se tient en haut, mais les végétaux en sont nourris.

Il est bien difficile de les caractériser en langage scientifique moderne, mais nous croyons pouvoir les comparer aux deux espèces d'électricité positive et négative.

De même que dans un conducteur les charges électriques négatives s'orientent vers le pôle positif et donnent naissance au courant électrique, de même il existe entre les deux énergies un courant continu d'échanges.

On trouve l'application de ce principe à la médecine dans le Nei Tsin, ouvrage du XXVIII^e Siècle avant J.C., qui expose ce qu'il appelle la "Loi de l'alternance du inn et du iang: c'est l'idée du chevauchement mutuel du inn et du iang, comment le iang entre dans le inn, les divisions du inn, le inn sortant dans les divisions du iang, alternant et s'ils demeurent produisant des maladies

" Si l'énergie inn (énergie profonde) est déficiente, l'énergie iang envahit l'intérieur et s'y amasse (douleur).

" Si l'énergie iang (extérieur) est déficiente, l'énergie inn sourd au dehors (prurit).

Autrement dit, l'état de santé est caractérisé par la circulation harmonieuse de l'énergie, assurant un équilibre permanent entre ses deux formes.

Le but de l'acuponcture est de maintenir cet équilibre en opérant des déplacements d'énergie entre le inn et le iang.

La circulation de cette énergie au travers de tout l'organisme se fait par l'intermédiaire de "méridiens" Sur ces derniers, sont situés les points chinois qui permettent justement à l'acuponcteur de manier l'énergie par une action de puncture.

L'appréciation de la circulation harmonieuse ou défectueuse de l'Energie se fait par l'observation des pouls chinois, situés comme certains des pouls connus par l'Occident, sur l'artère radiale à chaque poignet.

Par une observation minutieuse, les chinois ont découvert que le bon ou le mauvais fonctionnement des organes se traduisait par des modifications du pouls correspondant à cet organe. En effet, d'après la théorie chinoise, chaque organe a son pouls sur l'artère radiale pouls indépendants, battant différemment des autres, c'est un véritable reflet de son fonctionnement; par lui on distinguera l'harmonie, l'excès, ou l'insuffisance de l'Energie Inn-Iang.

Ces pouls chinois sont situés comme les nôtres sur l'artère radiale, mais ce qui constitue notre unique pouls radial est divisé sur chaque poignet en 5 segments ou régions.

Dans chacune de ces régions, il y a 3 niveaux correspondants à trois pouls différents. Ces trois niveaux nous sont connus en Occident, ils correspondent aux tensions maxima, moyenne et minima.

Après l'examen des pouls chinois le médecin acuponcteur pourra intervenir sur les points chinois de différentes manières; le plus couramment par piqure aux aiguilles d'or ou d'argent selon qu'il faut apporter de l'Energie ou en enlever ("tonifier" ou "dispenser" l'Energie); soit par moxas, enfin par massage digital ou instrumental "sonoponcteur). Ces dernières techniques étant surtout utilisées chez les enfants, les vieillards les personnes sensibles, afin de ne pas les perturber.

L'action sur ces points entraîne les modifications nécessaires au bon fonctionnement de, ou des organes malades.

Il est utile de préciser qu'il existe trois techniques.

L'Acuponcture-révuulsion qui consiste à piquer n'importe où dans la région douloureuse selon les indications du patient.

L'Acuponcture Symptomatique qui consiste à agir directement sur l'organe diagnostiqué malade sans tenir compte des interactions inévitables avec les autres organes.

Enfin la vraie acuponcture, celle qui fondée sur l'existence du courant d'énergie, en apprécie les modifications, à l'aide des pouls, et s'efforce de le régulariser soit par action directe sur le méridien de l'organe atteint, soit indirectement en tenant compte des interactions inévitables avec les autres organes.

C'est ainsi qu'en excitant par une piqure à l'or l'intestin grêle ou la rate, on peut avoir une action sur le coeur et réciproquement en excitant le coeur une action sur l'intestin grêle ou la rate, organes dont les inter-relations ne sont pourtant pas évidentes en Europe.

Des études faites essayent de prouver anato-

-miquement et physiquement l'existence matérielle des méridiens et des points chinois. Mais ces preuves ne sont encore qu'à l'état embryonnaire.

Des recherches faites sous la direction du Professeur Rouvière n'ont toutefois pas permis d'affirmer leur existence. Cependant il s'est confirmé qu'il existait en dessus de chaque point, un resserrement des nerfs dans le tissu sous-cutané.

En 1937 le British Medical Journal publie la découverte faite par Sir Thomas Lewis, cardiologue, directeur du Collège Médical des Recherches du Conseil-Privé d'un système nerveux cutané "jusqu'à présent insoupçonné" et qui n'aurait rien à voir avec les nerfs connus de la sensation de la motricité et du système sympathique. Il s'agirait non d'un réseau, mais de lignes qui se trouveraient dans la peau elle-même. C'est possible que ce réseau cutané corresponde très certainement au méridien chinois. Il est d'ailleurs intéressant de noter que Sir Thomas Lewis ignorait l'existence des méridiens chinois.

Enfin, M.le Professeur Flandin et le Dr.Ferreyrolles ont découvert et photographié des lignes dermographiques qui correspondraient au méridien chinois.

Enfin, actuellement, l'Acupuncture dispose d'appareils qui permettent de localiser scientifiquement et matériellement les points chinois et de prouver par des enregistrements leur action viscérale. Mrs.POURET et NIBOYET ont élaboré "un procédé de localisation des points en utilisant une propriété électrique particulière présentée par ceux-ci. Grâce à ce procédé on peut mettre en évidence l'existence de points du revêtement cutané qui se distinguent par cette propriété du tégument environnant."

Ensuite ces auteurs, pour prouver que ces points ainsi localisés étaient bien "les points chinois" et non de simples zones cutanées différentes électriquement, ont démontré que leur excitation avait un retentissement sur l'organisme tout à fait différent d'une piqûre quelconque."

Ils ont fait à ce sujet une expérience très intéressante. Ils ont choisi comme organe d'expérimentation le coeur, dont les modifications se traduisent par des variations d'ordre électrique qu'il est facile d'enregistrer au moyen d'un électrocardiogramme. Ces enregistrements ont été effectués à la Faculté de Marseille en présence de Professeurs de Facultés, de médecins Acuponcteurs et d'un médecin légiste Expert près des Tribunaux.

"Dans ces essais il a été vérifié, grâce à cet électrocardiogramme, si les points situés sur le méridien du coeur" (celui-ci naissant à l'aisselle longeant le bord interne du bras pour se terminer sur le bord externe du petit doigt)" ou ceux qui, indirectement, ont une action sur lui sont actifs et ont donc correctement été détectés."

"Tous ces enregistrements ont été effectués sous un étroit contrôle scientifique, absolument dans les mêmes conditions. Les sujets étaient restés au repos au moins une heure avant tout enregistrement. Les enregistrements suivants ont été relevés environ cinq à dix minutes après avoir retiré les aiguilles."

"Un premier enregistrement montre le tracé avant toute intervention.

-Un deuxième enregistrement montre que la piqûre de points situés au hasard, en dehors des points chinois n'apporte aucune modification du tracé initial.

-Un troisième enregistrement montre que la piqûre de points chinois n'ayant pas de rapports directs ou indirects avec le coeur n'apporte aucune modification du tracé initial.

-Un quatrième enregistrement montre enfin que la piqûre de points chinois, concernant le coeur apporte une modification notable du tracé cardiaque."

Cette expérience a été effectuée sur 65 sujets.

"On peut conclure que les points localisés grâce au détecteur ont eu, lorsqu'ils le concernaient,

une action au moins immédiate sur le cœur. Ces points localisés ne sont donc pas de simples zones cutanées à résistivité électrique moindre que l'espace environnant mais des points chinois retentissants sur l'organisme".

"Quant à la preuve matérielle de l'existence des pouls elle est actuellement à l'étude. Les premiers résultats de Mrs. Pourcet et Niboyet qui ne peuvent être considérés comme définitifs indiquent que "les différents segments de l'artère radiale située au niveau du poignet, présentent dans leurs courbes de pression, des différences considérables."

"Provisoirement on peut conclure que tout se passe comme s'il n'y avait pas qu'un seul pouls, mais plusieurs pouls".

"Les courbes obtenues par ces auteurs au moyen du sphygmographe oscillo-Galliers-Fabre montrent non seulement des différences d'amplitude pouvant s'expliquer en partie par la nature de l'épaisseur des tissus sous-jacents mais surtout des différences de morphologie."

Ces différences d'aspects s'observent à l'un et à l'autre bras chez un même sujet et aussi d'un bras à l'autre."

L'Acupuncture a d'ailleurs la même conception que l'homéopathie au sujet de la maladie. Ici également plusieurs stades dans la maladie _ à savoir :

- I - Déséquilibre de l'énergie d'où :
- II - Moindre résistance ou préparation
- III - Puis l'incubation (les troubles profonds)
- IV - Puis apparition des symptômes (troubles fonctionnels)
- V - Enfin lésion ou convalescence sans lésion, (rétablissement naturel du courant d'énergie.)

Comme l'homéopathie, elle accorde également une place de premier plan aux changements moraux et mentaux du malade, aux troubles sensoriels, fonctionnels et physi-ques qui ne sont que des manifestations du déséquilibre de l'énergie - Déséquilibre qui aura pour conséquence obligatoire tôt ou tard la non résistance d'un organe,

d'un groupe d'organes ou de l'organisme tout entier.

Certains points peuvent agir directement sur le psychisme et l'on peut par action sur l'un ou plusieurs de ces points obtenir des modifications physiques, fonctionnelles ou organiques importantes pour le bien être du malade. Dans les cas observés nous montrerons comment l'action sur des points psychiques a transformé le diagnostic et le pronostic de maladies étiquetées angor pectoris et infarctus du myocarde.

OBSERVATIONS

CAS N°I- SYNDROME DES HUIT ORGANES-

Il se présente souvent à nous des malades venant avec des diagnostics d'angor pectoris. Les symptômes angineux et les irradiations sont typiques. L'électrocardiogramme montre fréquemment des modifications du tracé. Tout concourt à affirmer l'Angor.

En agissant sur certains points ayant une action toute particulière sur le psychisme du malade, nous avons souvent été surpris d'obtenir la guérison de ces malades.

M.SOULIE de MORANT a nommé cet état "le Syndrome des 8 organes", déjà mentionné il y a une dizaine d'années par un médecin allemand, le Dr.RHEINHARDT.

Ce syndrome avait déjà été observé en Chine par notre Maître. Il ne semble avoir fait son apparition en France qu'en 1947 et s'être multiplié considérablement depuis.

Les malades qui le présentent ont toujours subi de grands chocs, moraux (chagrins, soucis, deuils, échecs répétés) ou physiques (traumatisme, accidentel ou chirurgical), soit une suite ininterrompue de petits chocs pénibles rongeants, épuisants. Ils consultent, le plus souvent pour le coeur soit angoisses, palpitations, ou véritables crises d'Angor. Ils se plaignent de sensations, de ballonnement, d'oppression d'étouffements, de digestions difficiles, mauvaises, de nombreux gaz et éructations de constipation, de baisse de tension, de manque de force.

L'examen physique constate:

-une dilatation notable du foie et de la rate qui débordent de un à quelques travers de doigts.

On devine alors ce qui se passe: la rate et le foie écrasent entre eux l'estomac, en bas les intestins et les reins, en haut les poumons et le coeur. On conçoit

que dès lors celui-ci n'a plus sa place normale pour battre et que selon les sensibilités particulières à l'individu celui-ci répondra par des troubles cardiaques différents.

Chaque fois que nous avons pu par l'examen physique de notre malade, examen confirmé par celui des pouls, diagnostiquer le syndrome des 8 organes et agir sur des points correspondant à ces troubles, points le plus souvent à action psychique, nous avons guéri notre malade. Nous possédons des observations qui montrent des guérisons remontant à plus de 4 ans.

Madame G. âgée de 47 ans nous consulte en Juin 1952 pour des troubles cutanés survenus il y a 6 mois à la suite de l'ingestion de moules. Elle se plaint d'un oedème qui envahit 2 à 3 fois par semaine durant 24 à 36 heures, son visage, ses mollets, ses chevilles et ses mains; à ce moment tout son corps est rempli d'un érythème sous forme de plaques de la largeur d'une pièce d'un franc. Ces troubles sont accompagnés de violentes démangeaisons. D'autre part, elle a des troubles digestifs sous forme de nausées, de manque d'appétit et de mauvaises digestions et un goût amer dans la bouche.

Depuis lors, la malade est très déprimée, très asthénique, elle dit ne plus avoir de forces ni de goût pour rien, être triste et anxieuse et se plaint de violents maux de tête dans la région occipitale. Mais ce qui l'inquiète par dessus tout, c'est l'aggravation de troubles cardiaques anciens. Ceux-ci se manifestent par des crises de douleurs précordiales avec irradiations typique dans le bras gauche. Ces crises sont plus fréquentes au moment des règles. Elles seraient survenues à la suite d'une anesthésie au chloroforme en 1936. A ce moment, la malade aurait fait des accidents cardiaques, (on lui aurait trouvé un souffle systolique, des troubles du rythme et prescrit durant de longues années de la digitaline). A part cela dans les antécédents on retrouve une rougeole à 17 ans, une coqueluche à 20 ans - plusieurs gripes et bronchites - Une ovariectomie unilatérale gauche en 1936 (avec anesthésie au chloroforme.)

A l'examen, la langue est jaune, fissurée, le teint de la malade est jaune cire, la région épigastrique le foie sont légèrement douloureux, la manœuvre de Murphy est nettement positive- La T.A. est à 9 x 4.

Les bruits du coeur sont très légèrement assourdis. On ne perçoit aucun souffle systolique. Aucun trouble du rythme.

La numération globulaire indique 3.400.000 GR-5.600 G.B.

La malade a beaucoup consulté et a subi quantité de traitements dont elle ne se souvient plus et qui n'ont apporté aucune amélioration.

En raison de nos méthodes, le cas nous paraît facile. Premier point la malade est allergique aux moules en la désensibilisant nous la guérirons de son oedème de Quincke.

Deuxième point: les troubles qu'elle ressent au coeur sont certainement dûs à une imprégnation chloroformique. En la libérant en la désimprégnant de l'imprégnation chloroformique nous lui enlèverons ses troubles cardiaques.

Nous lui prescrivons tout d'abord une médication excitatrice des cellules hépatiques rénales, afin d'éviter le blocage qui pourrait se produire quand on demande à un foie et un rein insuffisants, d'éliminer en masse des toxines.

A cet effet nous prescrivons Chrysis 2 x, à raison de 10 gouttes avant le repas de midi. Foie 3 x une cuillère-dose avant le repas du soir. 5 jours après nous prescrivons le Similinum de la cause de son oedème de Quincke; c'est-à-dire Moule 4 H, à raison de 3 granulés tous les jours au réveil durant 10 jours. A la première et deuxième prises de ce médicament, la malade refait en mineure, l'indigestion survenue après l'ingestion des moules il y a 6 mois; et nouvelle apparition des tâches erythémateuses et de l'oedème. Heureusement, elle a la bonne idée de ne pas interrompre le traitement, quinze jours après nous la revoyons. Elle est très contente, elle n'a plus eu d'oedème ni d'érythème depuis douze jours les nausées ont disparu et l'appétit revient. Nous continuons les gouttes, l'extrait de foie et prescrivons durant 10 jours Moules 5 H.

-Quinze jours après la malade revient toujours très satisfaite, elle se sent de mieux en mieux et cette fois n'a pas fait d'aggravation après les premières prises en 5 H. Depuis Vingt-Sept jours pas d'oedème de Quincke.

Nous prescrivons uniquement une dose de moules 7 H. Durant quelques jours la malade a des nausées fait une crise angineuse mineure puis tout rentre dans l'ordre et depuis plus d'un an et demi, elle n'a plus jamais refait d'œdème de Quincke et ne se plaint plus du côté digestif.

-Nous laissons la malade se reposer un mois au cours duquel elle souffre toujours de son cœur et ensuite nous attaquons avec la 2° imprégnation:chloroforme selon la technique expliquée précédemment.

A chloroforme 4 H. nous avons eu, lors de la première prise une crise angineuse et des points au cœur puis le 2° jour des palpitations, le 3° jour des points au cœur atténués, puis plus rien.

A chloroforme 5 H. rien ne se passe.

A chloroforme 7 H. quelques points et palpitations.

Voilà un an et demi que la malade n'a plus senti son cœur (et elle continue à fumer ses 20 cigarettes par jour).

Un seul symptôme de cet ensemble diffus et complexe, persiste des mois: une céphalée, rebelle, battante, sous forme de casque, à prédominance douloureuse nocturne.

Nous finissons par prescrire durant 10 jours Syphilinum 5 H. correspondant à son hérédité constitutionnelle. Pas d'amélioration. Une dose de Syphilinum 7 H emporte la céphalée. Il est probable qu'elle réapparaîtra d'ici quelques mois et que l'on sera obligé de prescrire encore quelques doses de Syphilinum 7. avant de l'en débarrasser complètement.

L'examen de la malade donne alors les renseignements suivants: une T A à II x 6 - un cœur normal - une manœuvre de Murphy négative. La sensibilité au niveau du foie et de l'épigastre a disparu.

Un examen sanguin indique 4.250.000 G.R.- 6.300 G.B.- Une fois de plus on voit le rôle considérable des imprégnations dans le diagnostic étiologique, et des désimprégnations dans le traitement curatif. -

CAS N° III -

Madame Y. 69 ans, présente depuis l'âge de 49 ans des crises angineuses par période. Ces crises sont rétro-Sternales sans irradiation dans le bras gauche, mais irradient dans l'aisselle et l'omoplate gauche, elles se reproduisent irrégulièrement, la malade restant parfois des semaines sans souffrir et puis durant dix, quinze nuits elle aura ses douleurs augmentant à la position couchée. Enfin tout rentrera dans l'ordre pour un certain temps.

Traitée par la médication habituelle, cette malade se maintient, mais reste toujours inquiète et angoissée pour son coeur.

A l'examen on trouve un pouls bondissant, ample battant à 75 pulsations par minute. Le coeur est normal mais on remarque un certain éréthisme circulatoire. La T.A. est à 19 x 10, le foie est normal, la manœuvre de Murphy est légèrement sensible, l'abdomen est ballonné. Rien d'anormal du côté réflexes et poumons.

A l'interrogatoire révèle que depuis de longues années la malade dort mal, qu'elle a subi au cours de sa vie de nombreuses vexations. Elle a profondément souffert d'injustices, de méchancetés, de jalousie et on sent qu'à l'heure actuelle elle est toujours assez indignée, ébranlée, en colère, qu'au moment de ses chocs. On constate en l'écoutant qu'elle est très facilement indignée et très susceptible. Elle s'avoue être bougonne, maussade et on s'aperçoit qu'elle est indifférente à tout ce qui ne concerne pas ses désillusions.

Nous prescrivons le similinum de ces troubles psychiques: c'est-à-dire: Staphysagria 5 H. à raison de 3 granulés par jour au réveil.

Ce seul médicament a ramené le sommeil au bout de trois jours chez notre malade. L'angoisse, l'inquiétude ont diminué dans une proportion ahurissante et cela fait deux ans qu'elle n'a plus fait de crise angineuse.

A noter que sa tension artérielle est actuellement de 16x10.

Si les crises angineuses réapparaissaient nous prescrivrions à la malade une dilution du médicament à la 7^e H.- Nous savons par expérience que cela ferait regresser à nouveau les crises et par la suite disparaître.

Nous voudrions surtout appuyer sur le fait que lorsque nous arrivons à comprendre profondément tous les troubles psychiques de notre malade, à pénétrer ses pensées les plus intimes, les plus secrètes, ceci nous facilite considérablement pour trouver le médicament similinum qui va le guérir.

Nous voudrions en profiter pour rendre un hommage d'admiration et de respect affectueux à notre Grand Maître le Professeur Laubry, qui grâce à sa compréhension universelle a dirigé nos études vers le psychisme du malade, ce qui nous a permis en nous dirigeant dans cette voie, bien davantage que nous n'osions le faire auparavant de soulager mieux nos malades.

Madame C. nous consulte en Décembre 1951 pour une extrême fatigue, des maux de tête intolérables sous forme de battements congestifs, naissant avec le jour pour aller crescendo dans la journée et s'exagérer le soir, pour des bourdonnements d'oreilles avec perception de bruits de cloche, pour des douleurs brûlantes aux yeux qui la chatouillent, enfin pour des douleurs sous forme de poids, de constriction dans la région sternale avec sensation de mort imminente.

Donc grande suspicion d'Angor Pectoris.

Tous ces troubles sont apparus depuis trois ans alors qu'elle a commencé à manipuler de la Streptomycine. Dans ses antécédents on retrouve une rougeole rentrée à l'âge de 8 ans - un eczéma causé par l'eau de javel à 18 ans - une hystérectomie en 1949 (Anesthésie au penthotal) 6 mois après une jaunisse causée par une transfusion

A l'interrogatoire il apparaît que la malade a été choquée par de nombreux chagrins.

C'est une malade difficile à examiner et très nerveuse. La T.A. est à 14 x 8 - le pouls à 80 - manoeuvre de Murphy négative. Coeur assourdi et ralenti 63 pulsations minute.

Les examens biologiques donnent: une urée à 0,30 GR 4.230.000 - G.R., 6200 - G.B., 95 % d'Hémoglobine une diurèse normale quant à la quantité.

Traitée antérieurement à l'aide des antispasmodiques et des vaso-dilatateurs habituels, les troubles n'ont pas rétrocedé et même s'aggravaient.

Nous nous sommes alors posés la question de savoir si nous n'étions pas en présence d'une pseudocardiopathie auquel cas on s'expliquait l'inefficacité du traitement entrepris jusque là. D'autre part frappés par la simultanéité de l'apparition des troubles et de la manipulation de la streptomycine, nous nous sommes demandés si les

symptômes observés ne résultaient pas d'une allergie à la substance et dès lors il nous apparut évident de tenter la désimprégnation de la substance par la substance elle-même diluée, autrement dit par le Similinum.

Nous lui prescrivons donc : Chrysis 2 x durant 5 jours (draineurs) puis Arnica 5 H dilution, deux granules tous les jours afin de "déchoquer" cette malade, tant au point de vue psychique (ses chagrins) que physique (l'hystérectomie), puis nous prescrivons la toxine responsable de ses troubles; Streptomycine 5 H durant 10 jours et le 15^e jour une dose de Streptomycine 7 H. à répéter 15 jours après.

La malade nous informe que le lendemain de la première dose de Streptomycine 7 H elle a vu disparaître tous ses troubles.

Nous avons revu cette malade deux ans après ce traitement sans qu'elle ait plus jamais souffert.

Madame V. âgée de 58 ans nous consulte pour des crises angineuses, avec irradiations dans le bras gauche jusqu'à l'auriculaire et sensation de constriction sous forme de bracelet au poignet gauche. Elle se plaint également d'avoir l'impression que son abdomen est serré par un lien et d'avoir également d'autres sensations de constriction situées au niveau du rectum.

Ces crises de constriction tantôt localisées au niveau du thorax ou de l'abdomen ou du rectum, alternées et sans ordre, surviennent tous les 10 à 15 jours, parfois 19 jours.

Ces troubles sont apparus alors qu'elle avait cinquante ans, et semblent suivre une longue période de chagrins mal supportés.

Le diagnostic porté a été celui d'angine de poitrine et les traitements s'étant révélés sans action nous pensons qu'il s'agit là encore d'un de ces cas curieux où l'on hésite à se prononcer en faveur d'une cardiopathie vraie ou apparente.

A l'examen: le coeur est normal, l'électro révélait de légères modifications que n'a pu me préciser la malade, la T.A. est à 13 x 8, le pouls à 62.

L'abdomen dans l'ensemble souple, révèle des endroits spasmodiques au niveau du colon descendant et de l'angle splénique. Le foie est normal. Pas de manoeuvre de Murphy douloureuse. Les poumons et les reflexes sont normaux.

La constitution de la malade est vague et comme nous ne retrouvons aucune imprégnation très marquante nous recherchons le Similinum qui ici est évident; C'est Cactus grandiflorus dont nous avons parlé précédemment. Ce médicament touche à la fois les cardiopathies vraies et apparentes avec une prédilection pour les premières.

Toutefois, nous ne le prescrivons cependant qu'après Ignatia. En effet ce dernier est un des médicaments clefs des cardiopathies apparentes. Il trouve dans

le cas qui nous intéresse sa prescription par le passé de chagrins mal digéré et de plus par la perception au toucher d'un point douloureux (point reflexe de Weihe) proche de celui de Mac Burney, mais plus externe il est localisé au tiers externe de la Ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieur.

Nous lui prescrivons donc:

Ignatia 4 H. durant 8 jours et le 9^o jour une dose d'Ignatia 9 H, puis à dater du 10^o jour cactus 4 H = (Durant 10 jours.) les 10 jours suivants: Cactus 12 enfin le 21^o jour une dose de Cactus 5 H.

La malade a fait une crise d'angine de poitrine très atténuée à Ignatia 9 H, et depuis onze mois les crises angineuses ont complètement disparu, les autres impressions de constriction sont à présent très rares et nous lui avons conseillé de reprendre chaque fois qu'elle ressent des contractions localisées, soit au sternum, à l'abdomen ou au rectum, une dose de cactus 5 h.

En définitive ici encore un doute paraît subsister quant au diagnostic réel. Il se pourrait que cactus ait guéri la malade en touchant une vraie cardiopathie, mais les traitements classiques n'ayant apporté aucune amélioration il est plus possible d'admettre que l'action conjuguée de Ignatia et Cactus ait atteint ici les seules apparences d'une cardiopathie.

CAS N° VI-

Monsieur O âgé de 55 ans est alité depuis 4 à 5 semaines pour une fièvre persistante à 38°5 - 39° avec sinusite rebelle et asthénie marquée.

Devant la résistance aux antibiotiques, un traitement par des chocs intra-veineux au T.A.B. est entrepris.

Le 2° jour du traitement le malade est réveillé la nuit par une crise angineuse typique avec irradiation aux 2 membres supérieurs, au cou et à la nuque; cette crise intense le laisse angoissé et très fatigué, la douleur ayant duré une heure. A 4 heures du matin, nouvelle crise aussi violente mais plus courte. Le malade prend de la trinitrine qui ne le calme pas, il dit qu'il se sent plus mal après ce médicament. Le lendemain à 10 heures nouvelle crise, nouvelle prise de trinitrine qui semble à nouveau aggraver l'état du malade.

Le traitement au T.A.B. est arrêté.

Le malade étant en proie depuis des années à de nombreux soucis aussi bien moraux qu'affectifs. Nous lui faisons une piqure à l'or au point Krou fang (point d'acupuncture à action psychique dont nous avons déjà parlé), puis nous essayons de mener l'énergie Iang amassée au thorax, y stagnant, dans les membres inférieurs, nous dispersons à cet effet le Chenn-Mo et le Sann-li de jambe. Le malade n'a plus eu aucune crise et s'est senti rapidement mieux après notre intervention. L'action sur le psychisme a également fait disparaître la température et la sinusite.

Envoyé au cardiologue pour examen de sécurité, celui-ci a conclu en une neurotonie.

CAS N° VII-

Monsieur H âgé de 52 ans consulte pour des douleurs angineuses avec irradiations dans le bras gauche. Ces douleurs survenues il y a 3 ans pour la première fois, apparaissent principalement après un effort, marche ou soulèvement d'un poids et cessent avec l'arrêt de l'effort. Ce malade fait au moins une crise par mois.

La T A T à 10 x 15 - le Pouls à 73. Le coeur normal.

L'électrocardiogramme est négatif. De nombreux traitements à base d'antispasmodiques et de vaso-dilatateurs n'ont pas diminué la répétition des crises ni leur intensité.

Ne retrouvant aucune ~~éti~~étiologie possible et comme le malade présente des signes du médicament Ignatia (hyper-sensibilité mentale, hyperesthésie sensorielle sensation de boule au niveau de l'oesophage, sensation d'un clou enfoncé dans la tête) nous lui prescrivons ce seul remède. Pour employer la technique Uniciste - de la façon suivante :

1er et 2° jour une poudre Ignatia 4H au réveil
3° et 4° jour une poudre Ignatia 12 au réveil
5° et 6° jour une poudre Ignatia 5H au réveil
7° jour une poudre Ignatia 7 H au réveil

Depuis la 7^e H ce malade resta deux mois sans crise. A nouveau une nouvelle dose d'Ignatia 7 H le laissa six mois sans crise et depuis dix mois il n'a plus rien eu.

Ici encore on voit la nécessité d'agir, lorsqu'on ignore la cause sur le psychisme.

CAS N° VIII

Madame R. est hospitalisée d'urgence en Septembre 52 pour un Infarctus du Myocarde. Devant l'évidence des signes cliniques ce diagnostic est confirmé par l'interne et le chef de service.

C'est une malade âgée de 48 ans qui souffre du coeur depuis plusieurs années. Elle se plaint de points de sensation de poids épigastrique, de douleur précordiale avec irradiations dans l'épaule gauche. Ces troubles se sont exacerbés depuis trois ans à la suite d'une période de tourments (la malade a perdu son mari auquel elle était très attachée, elle s'est trouvée en proie à de nombreuses difficultés et responsabilités matérielles) Il s'en suivit un surmenage très marqué.

En Juillet 1952, la malade s'est mise à souffrir dans la région lombaire droite, dans la région coecale et au niveau de l'angle hépatique. Ces douleurs étaient accompagnées de vomissements de bile. La malade se mit au lit. Les vomissements cessèrent. Le fait de se relever, ou la simple position assise dans le lit faisaient réapparaître les vomissements.

Une médication symptomatique et quelques jours de lit la laissèrent fatiguée et mal rétablie.

Quinze jours avant son hospitalisation, la malade fut prise de douleurs rétro-Sternale qui irradiaient vers l'épaule gauche descendaient dans l'aisselle, remontaient à nouveau à l'épaule, gagnaient l'omoplate gauche, le bras gauche et la région précordiale à nouveau. Douleurs sous forme de poids, d'étreinte au niveau du Thorax, de lourdeur, d'endolorissement au niveau de l'épaule et du membre supérieur. Au bras et à l'épaule elles étaient permanentes, dans la région précordiale paroxystiques.

La veille de son hospitalisation, la malade est tombée en syncope dans son appartement. Son médecin appelé d'urgence lui fit le traitement classique. Comme un léger mieux naissait la malade fut laissée au repos au

lit. Mais au début de la nuit elle fut à nouveau prise de douleurs précordiales avec irradiations dans le bras gauche. La crise douloureuse fut d'une violence et d'une durée inaccoutumée avec sensation d'avoir le thorax serré dans un étau, et sentiment de mort imminente. D'autre part la malade a vomi et sa température était à 38°.

Son médecin appelé d'urgence lui fit, après avoir constaté une chute de la T.A. à 10 x 6, une morphine et une Inophylline. Le lendemain nous recevions sa malade.

En l'apercevant nous sommes frappés par son aspect endolori. Immobile, en position demi-assise, soutenue par une pile d'oreillers, la douleur constante, sourde la figeait dans la crainte de voir réapparaître un paroxysme.

A l'examen, la T. A est à 11 x 5 1/2 (la tension habituelle de la malade est aux environs de 14 1/2 x 9) le pouls frappe par sa mollesse, sa faiblesse, les pulsations sont à 44 par minute.

A l'examen du coeur, on note un assourdissement des bruits - Rien d'autre.

L'examen des membres inférieurs ne révèle pas d'oédème, peu de varices, la dorsi-flexion et la palpation des mollets ne sont pas douloureuses. Les réflexes sont normaux- Rien du côté pulmonaire- L'abdomen est souple. La région coecale et la cicatrice appendiculaire sont sensibles. La manoeuvre de Murphy est douloureuse.

Un examen plus minutieux du thorax révèle quelques points cutanés douloureux.

Dans les antécédents de la malade, on retrouve: durant l'enfance une coqueluche, une rougeole, une diphtérie; réglée à 13 ans - Depuis un an elle n'a vu ses règles que deux fois.

A 23 ans elle a fait une dysenterie amibienne traitée à l'émétine, une appendisectomie en 1935.

Notre service malheureusement démunie d'électrocardiographe, nous n'avons pu pratiquer cet examen indispensable. Les examens demandés révèlent:

Une urée à 0.25

Une vitesse de sédimentation globulaire les premiers jours à 7- 15- 24,
par la suite elle augmentera : 10- 21- 85

Un taux de Prothrombine à 100 %

Un test de tolérance à l'Héparine indiquant une très légère hypercoaguabilité.

Le traitement prescrit est le repos absolu au lit, un comprimé de tromexane quotidien, du gardénal à doses filées de l'Inophylline sédative et trois comprimés d'éphédrine.

En cas de crises aiguës de l'héparine discontinuer.

Au bout de 8 jours, la malade est toujours dans le même état; 15^e jour, 21^e jour, se passent, aucun progrès; même pas celui escompté par le repos. La malade est constamment en état de "mal angineux".

Le chef de service décide de lui donner de la Trinitrine à titre de diagnostic.

Après la prise d'un comprimé au cours d'un paroxysme angineux, la malade se sent nettement moins bien. C'est alors, qu'on essaie deux fois l'héparine discontinuer qui ne réussit pas mieux.

Devant l'échec apparent de la thérapeutique classique qui ne pouvait plus rien proposer à la malade, nous décidons d'intervenir et conseillons à celle-ci de masser certains points d'acuponcture le matin au réveil le soir au coucher et chaque fois qu'elle verra naître des paroxysmes.

Un de ces points agit sur le psychisme d'un malade atteint dans sa santé par des chocs moraux ou physiques. Lors de l'examen de son thorax, nous avons relevé ce point comme très douloureux. Il correspond d'ailleurs à un médicament homéopathique nommé: ARNICA: ce point est appelé par les chinois: Krou-Fang. Il est situé dans le 2^e espace intercostal droit aux environs de l'orifice aortique.

Les deux autres points:

Le Sann-li de jambe situé à la face antéro-externe de la jambe - au bas du genou. Sous la tubérosité externe du tibia.

Le Chenn-Mo situé au pied, face externe droit sous la malléole externe entre l'astragale et le calcaneum.

Depuis cette thérapeutique l'intensité des douleurs permanentes a diminué et les paroxysmes ont regressé très sensiblement.

Il est évident qu'apprécier la qualité d'une douleur est une des choses les plus relatives. Quelque soit le moyen d'action, il n'en est pas moins certain que notre malade a repris confiance, car elle avait l'impression qu'elle pouvait maîtriser par le massage de ces points très douloureux, ses paroxysmes.

A plusieurs reprises, elle sentit venir sa crise et nous dit qu'elle l'interrompit par cette action dès le début.

Cette amélioration se stabilisa les jours suivants, mais n'en entraîna pas d'autres.

Le pouls variait toujours entre 44 et 60 pulsations. Le coeur restait lointain et assourdi. La tension artérielle était remontée à 12 x 8 et la malade restait toujours épuisée et endolorie.

A la cinquième semaine on l'emmène consulter avec précaution un cardiologue. Elle nous revint radieuse nous disant que le cardiologue lui avait dit "Madame, vous n'avez rien au coeur, vous pouvez regagner l'hôpital, le brancard sous le bras ". Et dans une lettre, le cardiologue concluait en une périarthrite de l'épaule chez une neurotonique.

Inutile de dire que le diagnostic ne fut pas admis par presque la totalité du service et que l'on renvoya la malade chez elle en laissant subsister la gravité de son atteinte.

Quatre jours après elle nous faisait demander .

Assise dans un fauteuil, endolorie, elle avait voulu faire un peu de ménage et à nouveau avait eu un paroxysme. La T A était retombée à 10 x 6. Le pouls était à 58. Le coeur semblait encore plus lointain que de coutume.

Je dois dire que nous n'étions pas sans inquiétude, nous l'avions vu presque faire sa crise. Une crise d'allure typique. Malgré un doute certain de gravité de l'atteinte, nous n'en demeurions pas moins perplexes.

Dès lors nous fîmes un plan de travail.

Nous allions essayer tour à tour de traiter l'état nerveux, puis l'état cardiaque en appliquant:

- des médications agissant sur le psychisme et le système vago-sympathique, comme Ignatia
- en cas d'échec des médications plus nettement cardiaque comme Cactus grandiflorus.
- Si l'échec persiste, nous enverrons la malade consulter à nouveau un cardiologue.

Si le diagnostic du cardiologue est confirmé nous traiterons:

1°- un état déficient hépatique et des voies biliaires qui nous semblait assez fautif de son asthénie par l'homéopathie ainsi qu'une imprégnation sycotique (dysenterie amibienne).

2°- la périarthrite de l'épaule par l'acuponcture.

La médication psycho_vago-sympathique fut nulle.

La médication cardiaque aggrava les troubles soi-disant cardiaques et amena même de l'oédème et une parésie du bras gauche.

C'est un fait de l'observation, sans en savoir la raison que si en acuponcture ou en homéopathie on intervient à tort on aggrave passagèrement les symptômes. Ceci prêchait donc d'une façon très empirique en faveur d'une cardiopathie apparente.

Le nouveau cardiologue consulté confirma l'intégrité du coeur, et de l'aorte, la périarthrite de l'épaule fautive et insista sur un point sur lequel nous ne

7-8
nous étions pas arrêtés à tort; le fait que la malade était au moment de sa ménopause.

1°- Nous avons donc commencé par porter notre action du côté hépatique en employant des médications capables d'activer rein, foie, d'où activation de leur sécrétion éliminatoire.

Ces médicaments sont:

(Cardus marianus 3 x
(Nyricea 6
(Podophyllus 6 x
(Berberis 6
(Solidaigo
(China 3 x

à raison de 10 gouttes avant le repas du midi et celui du soir.

Lachesis 5 H (action sur la ménopause)
le soir au coucher.

Thuya 7 H (état sycotique)
une dose dans 10 jours au réveil
Un espace de plus de huit jours après, l'état général est nettement mieux.

2°- Nous agissons alors sur la périarthrite par l'acuponcture. La malade est très soulagée à la fin de la première séance.

Trois semaines après la malade reprenait une activité progressive et au bout de six semaines elle partait de chez elle tôt le matin pour son travail et rentrait tard dans la soirée.

Actuellement elle va tout à fait bien; de temps en temps elle a une petite douleur dans le bras ou la région précordiale dont elle ne se soucie plus.

Nous la suivons régulièrement et de temps à autre continuons à intervenir sur le foie et la périarthrite.

Peut-être n'avons^{nous} pas guéri une cardiopathie. Mais nous avons tout de même apporté à une malade le soulagement, puis la guérison de troubles qui la faisaient souffrir comme une véritable cardiopathie.

D'après cette étude, il apparaît que l'une des grandes difficultés en présence de cardiopathies est l'établissement de leur étiologie. Parfois celle-ci est bien établie. Dans ce cas, on s'attend en dominant la cause à en dominer les effets. Hélas, il n'en n'est pas toujours ainsi et les cas sont fréquents où nous sommes sans ressource contre la cause connue. Seul un traitement palliatif est alors possible.

Dans la majorité des cas la cause nous échappe. Nos thérapeutiques classiques touchent alors les symptômes seuls. Elles réussissent parfois à stabiliser l'état du malade, mais le plus souvent elles ne lui apportent qu'un soulagement passager et doivent être renouvelées constamment. Comme tout palliatif, elles se heurtent alors à l'action toujours plus dévastatrice de la cause demeurée intacte.

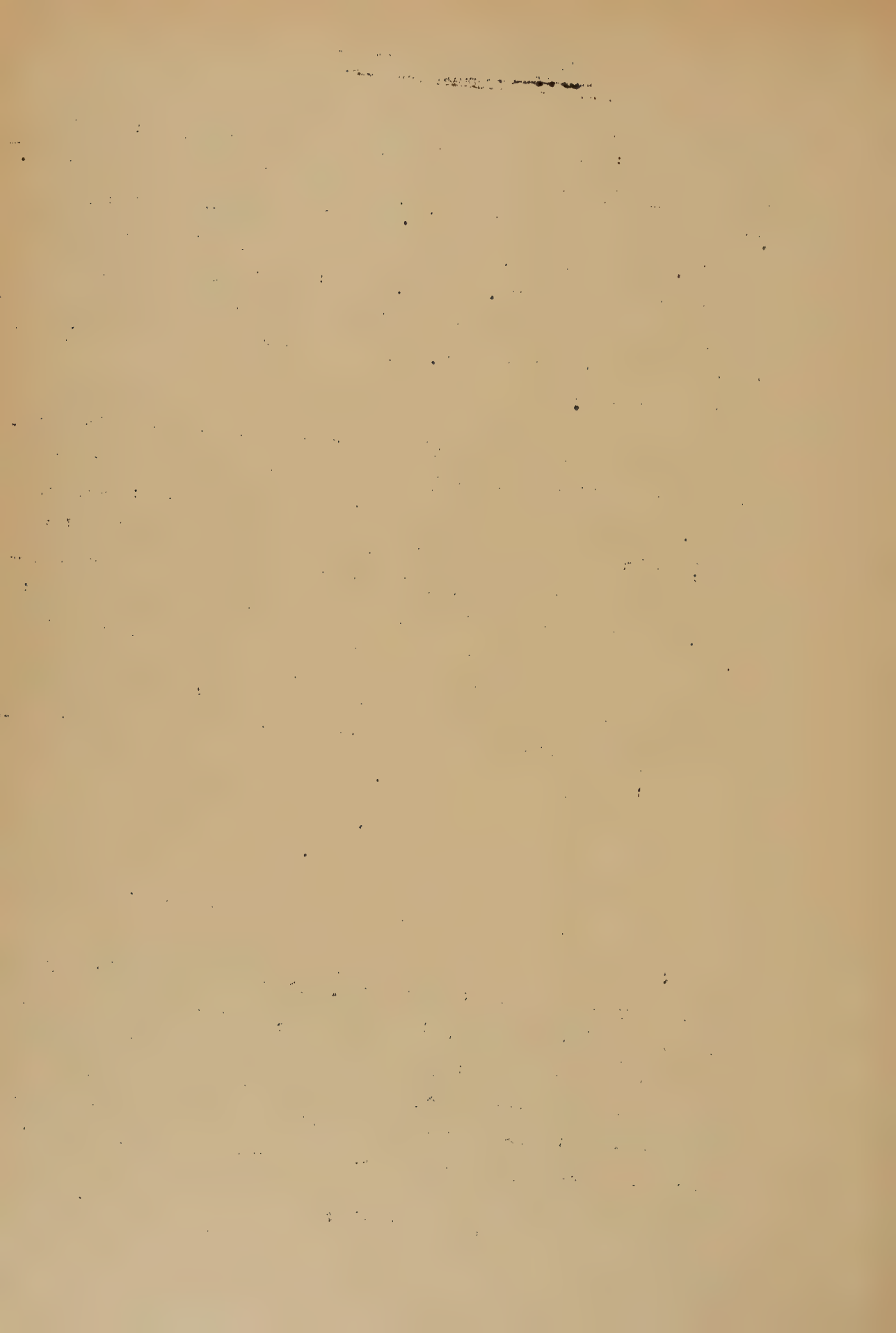
Il apparaît donc évident que l'incertitude du diagnostic semble entraîner l'incertitude de la thérapeutique d'ou son inefficacité.

. . .

L'examen des cas que nous venons d'exposer révèle que :

1°- pour certains d'entre eux, nous avons pu décélérer des causes déterminantes, inattendues, insoupçonnées et ainsi guérir des malades : (par exemple dans le cas où une anesthésie par le chloroforme était la cause de crises angineuses et où l'intolérance aux moules avait augmentée les crises angineuses dans leur fréquence et leur intensité.

Retenons de ceci :



84

a) L'importance capitale d'une observation profonde, minutieuse du malade, de son passé pathologique, des traitements subis, des intoxications possibles; l'importance non moins capitale des signes fonctionnels et de leurs modalités propres au malade : "chacun ne fait-il pas sa maladie à sa manière ? ". Il en découle que des détails paraissant à première vue négligeables peuvent contribuer d'une façon imprévue à trouver le médicament le plus similitud.

b) La lumière qu'apporte dans certains cas rebelles la théorie homéopathique des Imprégnations : (par exemple : cas de la maladie qui avait manipulé de la streptomycine et qui a vu apparaître des crises angineuses associées à d'autres troubles).

Ne voyons nous pas s'ouvrir un nouveau champ d'exploration découvrant des étiologies nouvelles, conduisant à des actions de plus en plus efficaces.

II.- Dans d'autres cas, ignorant la cause profonde de l'atteinte, nous avons guéri le malade, soit en attaquant ses symptômes par une médication choisie en fonction des troubles psychiques présentés, soit en agissant sur des points d'acuponcture retentissant sur le psychisme.

On se demande alors, si dans cette incertitude du diagnostic étiologique, le fait qu'une thérapeutique ainsi choisie améliore le malade et arrive à faire disparaître petit à petit tous les symptômes qui le gênaient, allant parfois jusqu'à négativer les épreuves biologiques et électriques, ne permet pas de supposer que la cause profonde a été atteinte et que cette cause profonde était uniquement psychique.

Nous le croyons avec foi.

Profondément influencés par les conceptions lumineuses de notre Maître vénéré, M. le Professeur LAUBRY, nous lui rendons un hommage ému et reconnaissant d'avoir au de-là de toutes les théories et toutes les conceptions, qu'elles viennent de France ou de l'Etranger, su maintenir

sa véritable place dans la pathologie aux émotions.

Tout au long de sa prestigieuse carrière, il lutte avec ferveur pour nous faire comprendre :

"qu'au commencement de la pathologie est l'émotion". Que cette émotion est capable d'engendrer dans l'organisme humain des perturbations nerveuses, endocriniennes et humo-
rales qui à leur tour vont déclencher toute la série des troubles fonctionnels, allant des discrètes manifestations psychiques et sensorielles aux manifestations les plus massives et les plus impressionnantes. D'où la valeur que vont prendre ces troubles fonctionnels véritable " Résonance de la personnalité humaine."

M. le Professeur LAUBRY les classe : en trois aspects bien définis ;

I°- Il y a les troubles fonctionnels qui n'entraînent pas de lésions. Ce sont ceux qui masquent une constitution psychopathique. Celle-ci résulte d'un déséquilibre du fond mental et d'une instabilité neuro-végétative.

"Le coeur, pôle de la sensibilité humaine" de par la richesse de son système nerveux intrinsèque et extrinsèque est le premier à subir le débordement des troubles fonctionnels. Ceux-ci se traduisent selon les sensibilités particulières au malade, par des algies précordiales, des palpitations, des oppressions, des lipothymies, des syncopes, des extra-systoles et vont jusqu'à créer le syndrome Angor.

L'examen clinique est négatif.

"La grande seule responsable de cette matière nerveuse qui s'agite au moindre prétexte sera la constitution psychopathique.

II°- Ensuite il y a les troubles fonctionnels dont la cause est toujours une émotion qui "secoue et bouleverse l'âme, ébranle un système nerveux prédisposé ou non" et finit par être générateur de lésions.

Dans cette catégorie on peut citer les phlébites

émotionnelles.

III°- Enfin, les troubles fonctionnels dépendant en partie des précédents; c'est-à-dire une lésion organique avec des troubles fonctionnels surajoutés. Mais ces derniers au lieu d'être stationnaires, ici ne perdent pas leur activité dévastatrice; ils remanieront la lésion et l'aggraveront.

C'est ainsi que dans une sténose mitrale M. le Professeur LAUBRY trouvera beaucoup plus efficace pour la lésion et le malade, de centrer sa thérapeutique sur l'état neurotonique du malade plutôt que sur l'insuffisance cardiaque.

Cette classification nous permet ainsi de comprendre l'existence de cardiopathies apparentes, c'est-à-dire qui ont tous les signes cliniques des cardiopathies sans en avoir les lésions.

En définitive, ne peut-on supposer que les maladies trouvent à leur origine deux grandes causes; les Emotions et les Infections-Intoxications. L'une et l'autre sensibilisant, perturbant l'équilibre du système Vago-sympathique, qui à son tour déclencherait toute la série des troubles fonctionnels pouvant aller du non-lésionnel au lésionnel.

A l'appui de cette hypothèse, Mrs les Professeurs LAUBRY et MOUQUIN rapportent la curieuse et ancienne observation de Morgani.

"Un jour Morgani reçut la visite d'un médecin très inquiet car son pouls présentait des intermittences. Morgani voyant l'anxiété de son âme se refléter sur son visage, lui conseilla de ne plus prendre son pouls. Et le médecin n'eut plus d'intermittences.

Aujourd'hui les belles expériences de Reilly et les travaux de Leriche sur le sympathique, c'est-à-dire sur les éléments étiologiques fonctionnels démontrent de façon indubitable la dépendance cérébro-végétative qui pèse sur

les cardiopathies.

Devant le rôle prédominant que joue l'émotion en pathologie générale et cardio-vasculaire en particulier nous devons tirer des conclusions pratiques de cette étude en appliquant vis à vis de notre malade les conseils que nous donne M. le Professeur LAUBRY c'est-à-dire :

"mettre le malade à l'abri de son anxiété et de son système nerveux, en le plaçant dans une atmosphère de confiance, d'espoir, atmosphère affectueuse, chaleureuse, réconfortante et consolatrice".

A l'efficacité de ce verbe apitoyé joignons des thérapeutiques variables selon le cas, soit à action "vago-sympatico-psychique, soit à action "désimprégnante". Nous disposons à cet effet, nous l'avons dit de deux thérapeutiques auxquelles nous reconnaissons une valeur certaine.

J.J. WUIDART.

Vu
Le Président

signé : M. MOUQUIN

Vu
Le Doyen

signé : L. BINET

Vu et permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

Signé : J. SARRAILH

